Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

32 279 Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 87 LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 22 juni 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 mei 2016 inzake de voorhang integrale bekostiging geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 84).
De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 21 juni 2016.
Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

kst-32279-87
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

Inleiding

Vragen en antwoorden

1 Kwaliteit

3 Is de integrale geboortezorg juridisch houdbaar gezien het feit dat in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet Big) de bevoegdheid en deskundigheid van de risicobeoordeling wordt toegewezen aan verloskundigen terwijl de nieuwe Zorgstandaard juist uitgaat van gedeelde risicoselectie in een «geboortezorg team»?
Kunt u aangeven welk zorgverlener eindverantwoordelijk is bij deze gedeelde risicoselectie?

3
Ja, integrale geboortezorg is juridisch houdbaar. De Wet BIG regelt voor een aantal zorgberoepen, zoals de verloskundige en arts, het deskundigheidsgebied, de opleidingseisen en bevoegdheden. De Wet BIG regelt niets over verantwoordelijkheidsverdeling van bevoegdheden binnen een team. De wet kent wel een bevoegdheidsregeling inzake de voorbehouden handelingen waarvoor geldt dat deze alleen door daartoe aangewezen zorgverleners bevoegd mogen worden uitgevoerd. Risicobeoordeling is geen voorbehouden handeling maar een handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg die door iedereen vrij is uit te voeren. Daarbij geldt dat iedere zorgverlener die deel uitmaakt van een team, verantwoordelijk is voor zijn handelen of nalaten. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders goede zorg te verlenen. Zowel in het kader van de Wet BIG als op grond van de Wkkgz is het daarom van belang om goede afspraken te maken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverleners. Dat geldt dus ook voor afspraken over eindverantwoordelijkheid.

9 Welke transitieperiode heeft u voor ogen voordat de huidige vorm van bekostiging wordt afgeschaft?
b Op welke wijze wordt geborgd dat het besluit over landelijke invoering afhankelijk is van de uitkomsten van de RIVM-evaluatie en de INCAS2-studie?

10 Op welke wijze wordt geborgd dat de uitkomsten van de pilots en experimenten betrokken worden bij de besluitvorming over landelijke invoering?

53 Op welke wijze wordt geborgd dat de uitkomsten van de pilots en experimenten betrokken worden bij de besluitvorming over landelijke invoering?

55 Op welke wijze wordt geborgd dat het besluit over landelijke invoering afhankelijk is van de uitkomsten van de RIVM-evaluatie en de INCAS2-studie?

9, 10, 53 en 55
Ik maak het mogelijk, voor regio's die daar aan toe zijn en daar zelf vrijwillig voor kiezen, om per 2017 gebruik te maken van de volwaardige optie van integrale bekostiging geboortezorg. De huidige afzonderlijke bekostiging voor kraamzorg, verloskundige- en medisch specialistische zorg zal daarnaast blijven bestaan. Mocht er in latere jaren tot landelijke invoering worden besloten zal uiteraard worden gekeken naar de ervaringen die met de volwaardige optie is opgedaan en die onder andere via de RIVM-monitor en de INCAS2-studie beschikbaar zal komen. Hoe de uitkomsten betrokken zullen worden bij de besluitvorming zal onder andere afhangen van hetgeen precies in de monitor en de studie wordt

gemeten, wanneer die resultaten beschikbaar zijn en hoe eenduidig die resultaten te interpreteren zijn.

13 Hoe stimuleert u de gewenste taakverschuiving en substitutie om de zorg in de wijk, dicht bij de cliënt te borgen?
Hoe voorkomt u dat de introductie van integrale bekostiging ertoe leidt dat alle zorg vanuit de tweede lijn wordt gecoördineerd, met toenemende medicalisering en hogere kosten als gevolg?
Hoe borgt u het behoud van het unieke verloskundige systeem van Nederland, met goede uitkomsten van zorg, hoge cliënttevredenheid en lagere kosten, wat als een voorbeeld dient voor vele andere landen?
Hoe borgt u dat de zelfstandige positie van de eerstelijns verloskundige binnen de keten van geboortezorg blijft bestaan?
Op welke wijze wordt de poortwachtersfunctie van de verloskundige binnen integrale bekostiging geborgd?

13
Ik gun het iedere zwangere om op een laagdrempelige manier de zorg te krijgen die bij haar wensen en haar zwangerschap past. Alle betrokken professionals vormen daarbij naar mijn idee een netwerk om samen een zo kwalitatief optimale en veilig mogelijke zorg rond de zwangerschap en geboorte te bieden. De wijze waarop ze dat gezamenlijk organiseren wordt regionaal bepaald. Ik ga daarvoor geen specifieke modellen voorschrijven. Ik verwacht dat de volwaardige optie van integrale bekostiging veel kansen biedt voor samenwerking tussen gynaecologen, verloskundigen en kraamverzorgenden die daarvoor zelf vrijwillig kiezen. Binnen het huidige systeem van afzonderlijke bekostiging komt dat veel lastiger tot stand omdat daar de prikkel bestaat om zwangeren binnen de «eigen lijn» te blijven behandelen. Deze afspraken doen niet af aan de zelfstandige positie van de verloskundige. Integendeel. De verloskundige is een zorgverlener met eigen kennis, competenties en expertise. Zij heeft daarin een belangrijke rol om risico's te signaleren en ervoor te zorgen dat deze worden opgevolgd. Dat kan betekenen dat zij zelf in actie moet komen maar het is ook mogelijk dat zij een andere zorgverlener uit het netwerk inschakelt. Juist hierover zullen de afspraken moeten gaan. Daarmee heeft de verloskundige in de geboortezorg een duidelijke en sterke positie. De integrale bekostiging stimuleert juist dat zorg daar waar niet noodzakelijk niet wordt verleend door de gynaecoloog, maar zo veel mogelijk door de verloskundige en de kraamverzorgende. Zij ontvangt voor de verschillende prestaties een afgesproken integraal tarief, onafhankelijk van de zorg die is verleend. Ik verwacht daarmee dat met de introductie van integrale bekostiging de positie van de verloskundige in de Nederlandse geboortezorg verder wordt bestendigd.
De verloskundige blijft bovendien in de wet BIG als apart beroep beschreven. Dit wijzigt niet als gevolg van de invoering van de volwaardige optie van integrale bekostiging. Verloskundigen zijn krachtens de wet BIG bevoegd om een aantal vast omschreven voorbehouden handelingen te verrichten. De positie van de verloskundige wordt verder geborgd binnen de normen die de inspectie heeft opgesteld over bijvoorbeeld de vertegenwoordiging in het bestuur van een verloskundig samenwerkingsverband. Tot slot zien we taakverschuiving van de gynaecoloog naar de verloskundige, zoals we dat in de gehele zorg zien. Dat is goed. De verloskundige kan taken van de gynaecoloog overnemen en de kraamverzorgende van de verloskundige. Dat is net zoals we dat zien bij de physician assistant en de medisch specialist, de praktijkondersteuner en de huisarts en de mondhygiëniste en de tandarts.

16 Is uw keuze tot invoering van integrale bekostiging gebaseerd op aangetoonde wetenschappelijke meerwaarde?

Op welke wijze zijn de uitkomsten van onderzoek naar medical led care, shared care en midwifery led continuity care modellen van geboortezorg betrokken bij de voorgenomen beleidskeuze?
Kent u de laatste sterftecijfers zoals gepubliceerd in het NRC-artikel van 6 mei 2016 en geven deze cijfers nog altijd aanleiding om het geboortezorgsysteem in Nederland drastisch te wijzigen?

62 Is uw keuze tot invoering van integrale bekostiging gebaseerd op aangetoonde wetenschappelijke meerwaarde?

63 Bent u bekend met de laatste sterftecijfers zoals gepubliceerd in het NRC-artikel van 6 mei 2016, en geven deze cijfers nog altijd aanleiding om het geboortezorgsysteem in Nederland drastisch te wijzigen?

16,62, 63
Mijn keuze om een volwaardige optie voor integrale bekostiging geboortezorg beschikbaar te stellen is erop gericht de belemmeringen voor samenwerking die worden ervaren met de huidige, per sector georganiseerde bekostiging weg te nemen. De keuze voor integrale geboortezorg volgt uit het Stuurgroepadvies «Een goed begin» uit 2010. Daarin staat beschreven dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Het is aan de regio's om binnen de kaders van dit advies een model te kiezen wat bij hen en de zwangeren in hun regio past.
Ik haal de cijfers over de babysterfte in Nederland op bij Perined. Ik heb u op 7 maart 2016[1] de cijfers over 2014 en de trend 1999 – 2014 toegestuurd. De factsheet Perined laat zien dat er sprake is van een matig dalende lijn. Deze matige daling geeft aanleiding om door te gaan met het verbeteren van de geboortezorg in Nederland. De ambitie is om te gaan behoren bij de top van Europa door vermijdbare babysterfte en vermijdbare schade aan de baby zo ver mogelijk terug te dringen en te voorkomen. In het bewuste krantenartikel is gewerkt met cijfers uit the Lancet. The Lancet is een gerenommeerd tijdschrift. In het Lancet artikel is echter een schatting gemaakt voor 2014 en 2015. Het zou mooi zijn als deze schatting uit zou komen want de schatting laat een zeer gunstig beeld zien. Ik reken mezelf echter nog niet rijk en wacht de echte cijfers over 2015 af.

21 Hoe plaatst u, moeder en kind in de hoofdrol?
Wat is de rol van de cliënt (zwangere) in het nieuwe systeem?

70 Wat is de rol van de gezonde zwangere in het nieuwe systeem?

21, 70
Door in te zetten op het laten uitvoeren van de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte zet ik in op het plaatsen van moeder en kind in de hoofdrol. De bekostiging is niet iets waar de zwangere rechtstreeks mee van doen heeft. De bekostiging is iets wat zich vooral tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspeelt. Het enige dat een zwangere er van zou kunnen merken is dat de bekostiging de samenwerking tussen zorgverleners faciliteert en stimuleert. Een gezonde zwangere zonder complicaties zal waarschijnlijk nog minder merken van de nieuwe bekostiging, omdat zij minder vaak wisselt van zorgverlener.

22 Waarom wordt het voorstel voor de integrale bekostiging voorgehangen voordat de pilots op dit thema zijn afgerond?

---

[1] Kamerstuk 32 279, nr. 82

22
Er zijn de afgelopen jaren maar twee pilots (Delft en Dirksland) gestart. Onduidelijkheid over de toekomstige bekostiging bleek een belangrijk struikelblok voor regio's om volgende stappen te zetten. De voorhang is dus juist bedoeld om de totstandkoming van integrale zorg te stimuleren door meer richting te geven aan vrijwillig te kiezen integrale bekostiging.

23 Wat zijn tot nu toe de ervaringen vanuit de 25 verschillende regio's met de NZa-module?

23
Ik heb het RIVM gevraagd een monitor op te stellen over de regio's. De monitor besteedt aandacht aan regio's die geen gebruik maken van de NZa-module, aan regio's die gebruik maken van de NZa-module en aan regio's die gebruik maken van de beleidsregel innovatie. Ik heb u deze monitor toegestuurd.

39 In welke of in hoeveel regio's is de verbeterde samenwerking goed op gang? In hoeverre komen deze regio's overeen met de regio's genoemd in de tweede alinea op pagina 3?

39
In veel regio's is de samenwerking goed op gang gekomen. U kunt informatie daarover vinden in het inspectierapport over de verloskundig samenwerkingsverbanden dat ik u op 18 april 2016[2] heb gestuurd. Ik heb daarnaast het RIVM gevraagd om de integrale bekostiging te monitoren. PM Ik heb u deze monitor toegestuurd.

57 Hoe voorkomt u dat de introductie van integrale bekostiging ertoe leidt dat alleen zorg vanuit de tweede lijn wordt gecoördineerd, met toenemende medicalisering en hogere kosten als gevolg?

57
In iedere regio worden eigen keuzes gemaakt over de wijze waarop partijen in de geboortezorg zich organiseren rondom de zwangere vrouw en de geboorte. Het veld acht echter het organisatiemodel waarin de huidige aanbieders blijven bestaan en zich verenigen in een geboortezorgorganisatie als het meest kansrijke organisatiemodel. Het is aan de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om de doelmatigheid van de zorg in de gaten te houden bij het contracteren van zorg. Daarbij zal voor elke zwangere de integrale tarieven worden betaald aan de geboorteorganisatie, waardoor ook de geboortezorgorganisatie een prikkel heeft om de zorg «zo laag mogelijk» te organiseren. In mijn beleving biedt integrale bekostiging dan ook kansen voor verloskundigen om hun positie in de geboortezorg te versterken.

64 Op welke wijze wordt de continuïteit van zorg zeker gesteld?

64
De continuïteit van zorg is zeker gesteld door het invoeren van de normen uit het Stuurgroepadvies. De inspectie heeft deze normen in een toetsingskader uitgewerkt en heeft de verloskundig samenwerkingsverbanden daarop beoordeeld. De continuïteit van zorg komt terug in verschillende normen, bijvoorbeeld de normen over de samenwerking tussen de disciplines, het bespreken van de individuele zwangere, het geboorteplan/zorgpad, de overdracht en dossiervorming.

---

[2] Kamerstuk 32 279, nr. 83

67 Waarom zet u in op shared care, daar waar midwifery led continuity of care betere uitkomsten en lagere kosten kent?

67
Ik volg sinds 2010 het Stuurgroepadvies «Een goed begin». Daarin staat beschreven dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Het is aan de regio's om binnen de kaders van dit advies een zorgmodel te kiezen dat bij hen en de zwangeren in hun regio past. Het is niet aan mij om de regio's een model op te leggen.

71 Deelt u de zorgen van het Clara Wichmann Fonds aangaande de keuzevrijheid van zwangeren?

71
Nee, ik deel deze zorg niet. De keuzevrijheid van zwangeren wijzigt niet als gevolg van de invoering van een vrijwillig te kiezen volwaardige optie voor integrale bekostiging. In de nieuwe situatie zal de zwangere niet alleen kiezen voor een zorgverlener, maar ook voor de aan de zorgverlener verbonden geboortezorgorganisatie (het netwerk). Op die manier kan zij er op vertrouwen dat er goede afspraken bestaan tussen de zorgverleners over de organisatie van zorg. Het is aan de geboortezorgorganisaties om de zwangere binnen de organisatie goede zorg en een gevarieerde keuze te bieden. De zwangere behoudt de vrijheid om te kiezen voor zorgverleners uit andere geboortezorgorganisaties; overstappen naar een ander netwerk blijft mogelijk.

75 Welke gevaarlijke gevolgen worden voorzien als zwangeren niet langer kunnen bevallen op een manier die zij zelf willen?

75
De volwaardige vrijwillig te kiezen optie van integrale bekostiging geboortezorg wijzigt niets aan het type bevallingen dat mogelijk is. Er zal in de nieuwe situatie nog steeds sprake zijn van thuisbevallingen, bevallingen in een geboortecentrum, poliklinische bevallingen en ziekenhuisbevallingen. Los van de bekostiging deel ik de zorg van de inspectie over de toenemende mate waarin verloskundigen en gynaecologen worden geconfronteerd met vrouwen die zich binnen de gewone zorg niet thuis voelen en die speciale wensen hebben voor de begeleiding van hun zwangerschap en bevalling. Er kunnen gevaarlijke situaties ontstaan als deze vrouwen nergens terecht kunnen. Er zijn inmiddels instrumenten beschikbaar om met deze vraag om te kunnen gaan. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de Leidraad «Verloskundige zorg buiten de richtlijnen» en de polikliniek van het AMC die is gericht op vrouwen met een zorgvraag buiten de verloskundige indicatielijst.

76 Kan er worden overgegaan op integrale bekostiging zonder dat er een geaccepteerde zorgstandaard bestaat?

76
Ja. Een zorgstandaard is niet noodzakelijk om over te kunnen gaan naar de volwaardige optie van integrale bekostiging.

78 Kan per aanbeveling van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte worden aangegeven of, wanneer en hoe deze aanbeveling is geïmplementeerd in de praktijk, of welke activiteiten nog verricht moeten worden om deze aanbeveling te implementeren en wanneer deze verricht worden?

78
Het Stuurgroepadvies bevat 36 aanbevelingen. Over de voortgang van deze aanbevelingen heb ik u regelmatig geïnformeerd. Het laatste overzicht is u in juli 2015[3] toegezonden. Over de implementatie van de aanbevelingen bent u tevens geïnformeerd via de inspectierapporten over de verloskundige samenwerkingsverbanden van juni 2014[4] en maart 2016[5]. De inspectie heeft in deze rapporten de adviezen van de stuurgroep in normen vastgelegd en heeft de verloskundig samenwerkingsverbanden beoordeeld ten opzichte van deze normen. Tijdens het gesprek dat ik eind mei 2016 met de geboortezorgpartijen heb gevoerd is afgesproken te komen tot een hernieuwde gezamenlijke agenda. Mogelijk leidt deze nieuwe agenda tot wijziging van de activiteiten die naar aanleiding van het stuurgroepadvies waren voorgenomen voor de komende periode. Uiteraard zal ik u hierover informeren.

79 Kunt u een aantal goede voorbeelden van samenwerking in de geboortezorg beschrijven die als voorbeeld dienen voor verloskundige samenwerkingsverbanden die nog te weinig samenwerken?

79
Er lopen twee experimenten (Delft en Dirksland) via de beleidsregel innovatie. Daarnaast maken 25 verloskundige samenwerkingsverbanden gebruik van de NZa module integrale geboortezorg. Ik zie in de praktijk een toenemend aantal goede voorbeelden. Een aantal van deze goede voorbeelden draagt dit ook actief naar buiten, zoals bijvoorbeeld Tilburg, Breda, Utrecht, Leiden en Zutphen.

83 Kan aangegeven worden of en hoe goede risicoselectie in de zwangerschap bijdraagt aan lage perinatale sterfte? Welke onderzoeken cq publicaties (zowel nationaal als internationaal) over risicoselectie in de zwangerschap, door verloskundigen, gynaecologen of verloskundige samenwerkingsverbanden zijn bekend? Welke bevindingen zijn er ten aanzien van de risicoselectie in de zwangerschap? Welke groepen zwangeren kunnen worden onderscheiden in het kader van het belang van een juiste risicoselectie?

83
Zorgprofessionals houden tijdens een zwangerschap continu de risico's in de gaten; risicoselectie is niet iets dat éénmalig op een bepaald moment in de zwangerschap wordt gedaan. Het kader voor een goede risicoselectie kan alleen gezamenlijk door in ieder geval verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen worden vormgegeven. Een soepele samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen is daarbij een vereiste. Ik beschik niet over een overzicht van onderzoeken en publicaties over risicoselectie; dat is aan zorgverleners. Als het gaat om het identificeren van groepen van zwangeren met verhoogd risico op complicaties, geeft het stuurgroepadvies aan dat er specifieke en intensieve aandacht moet zijn voor vrouwen uit achterstandsituaties. De stuurgroep bedoelt daarmee vrouwen woonachtig in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en/of met lage sociaaleconomische status. Daarnaast gaat het natuurlijk ook om medische risico's.

86 Wanneer verwacht u de volgende Peristat vergelijking met betrekking tot de geboortezorg in Europese lidstaten?

86

[3] Kamerstuk 32 279, nr. 69
[4] Kamerstuk 32 279, nr. 63
[5] Kamerstuk 32 279, nr. 83

In het voorjaar 2017 zal, afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens in de Europese landen, een aantal cijfers over kernindicatoren beschikbaar komen. De Peristat projectgroep is voornemens om een volgend, uitgebreid rapport in 2018 uit te brengen. Dit is nog afhankelijk van financiering.

89 Welke vorm van financiering, organisatie van zorg en samenwerking tussen zorgprofessionals bij deze zorg en daarbij voorafgaande risicoselectie kenmerkt de geboortezorg van de beste drie landen uit de Peristat geboortecijfers?

89
Peristat publiceert gegevens zonder toelichting over de wijze van organisatie en financiering van de zorg in de verschillende landen. Mij zijn ook geen andere studies bekend waarin een verband wordt aangetoond tussen geboortecijfers en een specifieke vorm van financiering en organisatie van zorg. Ik verwacht ook niet dat het – gegeven de specifieke context en historische achtergrond – ooit mogelijk zal zijn hierover een algemene uitspraak te doen. Het laatste Peristat rapport is in 2013 uitgebracht en heeft de situatie over 2010 in kaart gebracht. Ik weet niet of de in dat rapport genoemde drie beste landen dat anno 2016 nog steeds zijn.

82 In hoeverre zal de nieuwe gezamenlijke agenda van verloskundigen en gynaecologen aansluiten bij de aanbevelingen die de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in 2010 deed?

82
Daar kan ik u nog geen antwoord op geven. Partijen zijn net met deze activiteit gestart; een resultaat is nog niet beschikbaar.

87 In welke regio's is de verbeterde samenwerking in de geboortezorg nog onvoldoende tot stand gekomen en in hoeverre betreft dit regio's met relatief grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

87
In alle regio's is een verloskundig samenwerkingsverband opgericht, waarin de visie en de voorwaarden voor de samenwerking zijn vastgelegd en waarin de beroepsgroepen samen beleid uitwerken en uitvoeren. De ene regio is daarin verder dan de andere. In enkele regio's is men hiermee nog in het beginstadium omdat ze in een fusieproces verwikkeld waren; deze zullen in 2016 aan de norm voldoen. Overal zijn duidelijke afspraken over acute zorg gemaakt (de zogenaamde parallelle actie). De sociaal economische gezondheidsverschillen in een regio waren geen onderdeel van het inspectieonderzoek.

92 Op welke wijze kan actief, goed en gericht toezicht op de geboortezorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden vorm gegeven? Is de capaciteit bij de IGZ daartoe voldoende? Waaruit blijkt dat? In hoeverre ziet de IGZ toe op naleving van de geboortezorgstandaard indien deze wordt opgenomen in het ZIN-register?

92
Sinds 2011 heeft de inspectie een groot themaonderzoek geboortezorg met een reeks toezichtactiviteiten naar aanleiding van de publicatie van «Een goed begin» gedaan. Recent heeft de IGZ haar themaonderzoek hiernaar afgerond en hierover heb ik uw Kamer op 18 april jongstleden

geïnformeerd[6]. De inspectie concludeerde op basis van haar onderzoek dat de samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen en andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg goed op gang komt in de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). De inspectie zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen en zal ingrijpen indien aan de randvoorwaarden voor veilige zorg niet voldaan wordt. Dit doet ze door onderzoek te doen naar calamiteiten en aan integrale geboortezorg aandacht te besteden in haar risicotoezicht. De inspectie voorziet op dit moment geen capaciteitsproblemen en zal zodra de geboortestandaard is opgenomen in het ZiN-register dit als veldnorm beschouwen en als deze handhaafbaar is, meenemen in haar toezicht.

2 Bekostigingssystematiek

1 Klopt het dat de beleidsregel het mogelijk maakt dat de verzekeraars met de ziekenhuizen de geboortezorg integraal gaan inkopen, dus 1 hoofdtarief ondanks dat er sprake is van 9 deelprestaties?
Klopt het dat organisaties die door verloskundigen worden opgezet in bedrijfskundige zin onmogelijk hoofdaannemer kunnen zijn van het gehele integrale tarief?

1
De nieuwe prestatiestructuur voor integrale bekostiging zal een vrij tarief per prestatie kennen en dient als geheel te worden ingekocht. De geboortezorgorganisatie maakt hierover afspraken met de zorgverzekeraar. Gegeven dat de geboortezorgorganisatie niet bij iedere zwangere de volledige geboortezorg zal verlenen, bijvoorbeeld in verband met een verhuizing, zullen de verzekeraar en de geboortezorgorganisatie afspraken moeten maken op het niveau van de individuele prestaties. De prestaties kunnen alleen als geheel worden ingekocht. De hoofdaannemer voor het integrale tarief moet daarmee een zorgaanbieder zijn die alle prestaties kan leveren. Zowel een ziekenhuis, een kraamzorgorganisatie als een verloskundigenpraktijk zal zelfstandig niet in staat zijn om het geheel van integrale geboortezorg aan te bieden. Regionale partijen zullen zich met elkaar moeten verbinden, in een voor hen vrijstaande bedrijfskundige vorm, om het totaalpakket aan te kunnen bieden.

2 Klopt het dat met de nieuwe bekostigingsstructuur verzekeraars in staat zullen zijn verloskundigen te dwingen om in dienst te gaan bij het ziekenhuis of onderaannemer te worden bij een ziekenhuis, afhankelijk van wat het ziekenhuis voor zal schrijven en dat verloskundigen hierdoor in de praktijk niet meer de mogelijkheid hebben zelfstandig aannemer te zijn?

2
De manier waarop verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen, ziekenhuizen en alle andere spelers in de geboortezorg zich tot elkaar zullen verhouden in de regio's, is aan de regio's zelf. Zij kunnen zich verenigen in een geboortezorgorganisatie. Een geboortezorgorganisatie is een gezamenlijke organisatie waarin de samenwerking tussen de (geboorte)zorgverleners en -organisaties vorm krijgt. Het is een integraal samenwerkingsverband dat zelf de eindverantwoordelijkheid heeft voor de inhoud, organisatie, kwaliteit en veiligheid van de geboortezorg in die regio.
Het CPZ heeft diverse voorbeeldorganisatiemodellen ontwikkeld die partijen handvatten kunnen bieden in het vormgeven van de geboortezorgorganisatie. Deze laten zien dat er verschillende samenwerkingsvormen voor geboorteorganisaties zijn. Hiervan kan zelfstandig onderne-

---
[6] Kamerstuk 32 279, nr. 83

merschap onderdeel zijn. Wat de fiscale consequenties van de verschillende modellen zijn wordt op dit moment door het CPZ bezien. Van het afdwingen van een bepaalde samenwerkingsvorm door een verzekeraar kan mijns inzien geen sprake zijn. De zorgverzekeraar kan sturen op de kwaliteit en het tarief van de zorg in de afspraken met de geboortezorgorganisatie. Het is aan de geboortezorgorganisatie zelf om haar organisatievorm te bepalen. Verloskundigen zijn onderdeel van die organisatie en bepalen daarmee mede op welke wijze het samenwerkingsverband wordt vormgegeven. Daarnaast is het integrale tarief een vrijwillig te kiezen optie. Verzekeraars zijn voorstander van deze vrijwilligheid en voorstanden van daarnaast in stand houden van de huidige bekostiging.

4 Kunt u garanderen dat de keuzevrijheid van zwangere vrouwen voor bijvoorbeeld een thuisbevalling, een bevalling in het ziekenhuis of in een geboortecentrum behouden blijft?

5 Hoe kunnen zwangere vrouwen kiezen voor een verloskundige die is aangesloten bij een ziekenhuis, hun eigen verloskundige behouden, en tegelijk kiezen voor een ander ziekenhuis? Hoe kunnen zwangere vrouwen wisselen van verloskundige, maar bij het door hun gekozen ziekenhuis bevallen? Hoe kunnen zwangere vrouwen wisselen van geboortezorg organisatie? Kunnen zwangere vrouwen in de toekomst nog verhuizen?

74 Welke juridische garanties biedt de beleidsregel dat zwangeren met een verloskundige naar keuze bij een geboortezorgorganisatie terecht kunnen, waarbij de verloskundige niet is aangesloten?

97 Heeft een vrouw een vrije keuze voor een verloskundige of gynaecoloog? Welke beperkingen zijn er in de vrije keuze? In hoeverre is er ook een vrije keuze wanneer tijdens de zwangerschap gewisseld wordt van aanbieder, vanwege verhuizing of omdat een vrouw zelf wil overstappen? In hoeverre verandert deze vrije keuze als in de toekomst wordt overgegaan op het integrale tarief?

101 Kunt u een nadere toelichting geven op het uitgangspunt dat het mogelijk is om gedurende de zwangerschap te wisselen van verloskundig samenwerkingsverband, zodat de zwangere/patiënt keuzevrijheid behoudt? Is het mogelijk om geheel over te stappen naar andere zorgverleners of dient er een relatie te blijven bestaan met één van de zorgverleners in de keten?

4, 5, 74, 97, 101
Met integrale bekostiging wordt de keuzevrijheid van de zwangere niet ingeperkt, zowel op het gebied van zorg als zorgverlener. De zwangere hoeft niet alle geboortezorg bij één en dezelfde zorgverlener of geboortezorgorganisatie te ontvangen. Daarvoor hoeft de zwangere alleen maar naar de zorgverlener van haar keuze te stappen. De NZa zal dit expliciet mogelijk maken in de te ontwikkelen beleidsregel. Ook is het mogelijk dat de zwangere kan wisselen tussen zorgverleners met én zonder een integraal tarief. Deze systematiek leidt tot een prikkel voor de geboortezorgorganisatie om zo goed mogelijke zorg aan de zwangere aan te bieden. Als zij ontevreden is, kan zij immers overstappen naar een andere geboortezorgorganisatie. De geboortezorgorganisaties hebben daarmee een prikkel om het aanbod van geboortezorg binnen hun geboorteorganisatie kwalitatief hoogstaand te organiseren en te zorgen voor een ruim aanbod van zorg zodat de zwangere kan kiezen.

7 Waarom heeft u ervoor gekozen om de prestatiestructuur vast te leggen, wanneer de NZa in haar brief van 17 maart 2016 adviseert om alleen het kader vast te stellen en het verder ter invulling aan de regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

7
Verschillende redenen hebben er toe geleid dat er in gezamenlijkheid is besloten om voor integrale bekostiging een prestatiestructuur neer te leggen. Allereerst bleek onduidelijkheid over de toekomstige bekostiging een belangrijk struikelblok voor regio's om volgende stappen te zetten. Verzekeraars en aanbieders gaven aan niet twee verandertrajecten te willen doorlopen, indien een eerste verandertraject mogelijk niet zou aansluiten op een latere landelijke ontwikkeling. Enige zekerheid over de richting bleek ook noodzakelijk om aanbieders te stimuleren om essentiële investeringen te doen die nodig zijn voor de overstap naar integrale bekostiging. Daarnaast is het de vraag in hoeverre alle verschillende verschijningsvormen in een later stadium kunnen leiden tot een generiek beeld voor de bekostiging. Het is goed dat er nog steeds geëxperimenteerd wordt met de bekostiging in de geboortezorg en dat moeten we de komende jaren vooral blijven doen, om de bekostiging steeds verder te verbeteren. Maar een experiment per regio leidt mijns inzien niet tot een efficiënte besteding van zorgmiddelen. Met de nieuwe beleidsregel en de keuze voor een prestatiestructuur wordt meer richting gegeven aan de ontwikkeling naar integrale bekostiging, wat de aanbieders die dat willen zal stimuleren om de volgende stap te zetten. De keuze hiervoor is afgestemd met partijen.

11 Op welke wijze kan het huidige goedwerkende systeem van risicoselectie binnen integrale bekostiging worden gehandhaafd?

54 Op welke wijze kan het huidige goedwerkende systeem van risicoselectie binnen integrale bekostiging worden gehandhaafd?

59 Op welke wijze wordt de poortwachtersfunctie van de verloskundige binnen integrale bekostiging geborgd?

11, 54, 59
De geboortezorgorganisatie is eindverantwoordelijk voor de inhoud, organisatie, kwaliteit en veiligheid van de regionale geboortezorg. Dat betekent dat de betrokken zorgverleners gezamenlijk beslissen over hoe de zorg wordt georganiseerd en inhoudelijk wordt vormgegeven en dat verloskundigen en gynaecologen afspraken dienen te maken over hoe zij de risicoselectie organiseren. Integrale bekostiging schrijft niet voor hoe de organisatie van zorg vormgegeven dient te worden en staat een goedwerkend systeem van risicoselectie daarmee niet in de weg.

12 Kunt u het voornemen tot invoering van integrale bekostiging toelichten in het licht van de «Maatschappelijke Kosten Baten Afweging voor de geboortezorg in Nederland» (2015) die door SiRM is uitgevoerd? Hoe verhouden de verwachte prijsstijgingen vanwege extra overhead en transitiekosten zich tot de mogelijke besparing van 40 miljoen die uit de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) volgt? Hoe wordt het risico op prijsstijging ondervangen gezien de introductie van vrije prijzen en de toenemende marktmacht wanneer regionale zorgaanbieders geïntroduceerd worden?

17 Hoe wordt voorkomen dat er chaos in het veld ontstaat, zoals bij de overheveling van de uitvoering van het PGB het geval is? Hoe voorkomt u grote prijsstijgingen zoals bij de introductie van vrije prijzen in de mondzorg? Op welke wijze wordt de continuïteit van zorg zeker gesteld?

56 Kunt u een toelichting geven op uw voornemen tot invoering van integrale bekostiging in het licht van de «Maatschappelijke Kosten Baten Afweging voor de geboortezorg in Nederland» (2015) die door SiRM is uitgevoerd? Hoe verhouden de verwachte prijsstijgingen vanwege extra overhead en transitiekosten zich tot de mogelijke besparing van 40 miljoen die uit de MKBA volgt?

60 Wat zijn de extra overheadkosten die door de oprichting van nieuwe integrale geboortezorgorganisaties, met de nieuwe op te zetten infrastructuur, gaan ontstaan en wie gaan deze extra overheadkosten betalen?

12, 17, 56, 60
Integrale bekostiging in de geboortezorg zal een vorm van bekostiging zijn naast de huidige bekostiging. Ik dwing niemand om de overstap te maken, maar creëer de mogelijkheid om over te stappen voor die regio's die deze stap willen zetten. Ik verwacht dan ook geen chaos in het veld en ik verwacht ook geen (grote) prijsstijgingen. Verschillende onderzoeken laten zien dat de geboortezorg efficiënter georganiseerd kan worden. Zo laat de Maatschappelijke Kosten Baten Analyse, uitgevoerd door SiRM, de financiële gevolgen van een aantal inhoudelijke maatregelen zien. Het is aan de beroepsgroepen zelf om deze inhoudelijke maatregelen in de praktijk te brengen. Met de introductie van integrale bekostiging wordt er meer ruimte gegeven om dit te doen. Naast mogelijke besparingen gaat de introductie van integrale bekostiging gepaard met bijkomende kosten in de aanloopfase, zoals de kosten voor het opzetten van de geboortezorgorganisatie. De hoogte van deze kosten is afhankelijk van de wijze waarop de geboortezorgorganisatie vorm wordt gegeven. Ik kan dan ook geen indicatie geven van de hoogte van deze kosten. De kosten hiervoor dienen te komen uit de integrale tarieven. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om er voor te zorgen dat het beschikbare budget voor geboortezorg niet wordt overschreden. Voor de continuïteit van zorg verwijs ik u naar de beantwoording van vraag 64.

14 Is het doel van de invoering van integrale bekostiging de verbetering van zorg, of is het een pure bezuinigingsmaatregel zoals blijkt uit de ombuigingslijst van het Ministerie van Financiën?

14
De aanleiding en het doel van integrale bekostiging is het verlagen van de babysterfte in Nederland door belemmeringen in de samenwerking weg te nemen. Mocht integrale bekostiging leiden tot betere kwaliteit van zorg én tot een verlaging van de uitgaven in de geboortezorg door een toename in de efficiëntie, dan is dat een resultaat waar ik zeer tevreden mee zou zijn.

18 Waarom wordt de eigen deadline van de NZa van 1 juli 2016 voor het vaststellen van de NZa beleidsregels niet gevolgd?
Is er voldoende tijd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de noodzakelijke wijzigingen in de systemen tijdig door te voeren?

65 Waarom wordt de eigen deadline van de NZa van 1 juli 2016 voor het vaststellen van de beleidsregels niet gevolgd?

18, 65
De afspraak is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende tijd hebben om wijzigingen in systemen door te kunnen voeren en afspraken te kunnen maken. Om hen die tijd te geven worden NZa beleidsregels dan ook ruim voor het van kracht worden ervan uitgebracht. In casu zal de beleidsregel dan ook begin juli gepubliceerd worden. In aanloop naar de publicatie van de beleidsregel is de NZa via technisch overleg al volop

met partijen in gesprek over de uitwerking in de praktijk, waardoor partijen hier voor een deel al op kunnen anticiperen. Dat neemt niet weg dat sommige taken pas opgepakt kunnen worden op het moment dat de beleidsregel is gepubliceerd. De invoering van deze beleidsregel is dan ook een flinke klus die in de komende maanden nog veel vraagt van zowel zorgverzekeraars als -aanbieders. Mochten geboortezorgorganisaties niet op tijd klaar zijn voor integrale bekostiging dan is voor hen de huidige bekostiging beschikbaar.

19 Hoe verhoudt de introductie van integrale bekostiging met vrije prijzen in de geboortezorg zich tot de introductie van integrale bekostiging in het ziekenhuis? Welke ervaringen kunnen we daaruit meenemen? Hoe verhoudt de introductie van integrale zorg bij de verloskunde zich tot de introductie van integrale zorg in de huisartspraktijken?

66 Hoe verhoudt de introductie van integrale bekostiging met vrije prijzen in de geboortezorg zich tot de introductie van integrale bekostiging in het ziekenhuis? Welke ervaringen kunnen daaruit worden meegenomen?

19, 66
Bij zowel integrale bekostiging van de ziekenhuiszorg, integrale bekostiging van de zorggroepen als integrale bekostiging van de geboortezorg liggen er vooral organisatorische vraagstukken ten grondslag aan de overstap. Het is daarom zaak om hier aandacht voor te hebben en ervaringen mee te nemen uit deze trajecten. Dit zal met name zitten in de ondersteunende activiteiten die door partijen, het CPZ en VWS worden opgepakt. Zo heeft het CPZ in 2015 al een aantal organisatiemodellen ontwikkeld dat toekomstige geboortezorgorganisaties handvatten kan bieden bij de totstandkoming van de geboortezorgorganisatie. Een ander thema van belang betreft de fiscale consequenties van de overgang naar een geboortezorgorganisatie. In dit kader wordt op dit moment inzichtelijk gemaakt wat de fiscale gevolgen zijn van de verschillende door het CPZ ontwikkelde organisatiemodellen en bekeken of hier een met de Belastingdienst afgestemde handreiking voor kan worden ontwikkeld.

20 Hoe kan het zorggroepenmodel van de huisartsen toepasbaar worden gemaakt in de geboortezorg? Hoe bevordert u de invoering van anderhalve-lijns zorg in de geboortezorg, waar goede ervaringen mee zijn in de huisartsenzorg? Hoe wordt voorkomen dat initiatieven in het land rondom anderhalve-lijns zorg geen doorgang kunnen vinden door de voorgenomen introductie van integrale bekostiging? Hoe wordt de stimulering van centering pregnancy als zwangerschapsbegeleiding, met goede uitkomsten, minder ingrepen, lagere kosten en hogere cliënttevredenheid, geborgd?

68 Hoe wordt voorkomen dat initiatieven in het land rondom anderhalvelijns zorg geen doorgang kunnen vinden door de voorgenomen introductie van integrale bekostiging?

20, 68
De anderhalvelijnsinitiatieven die mij bekend zijn, zijn veelal gericht op consultatie en advies zonder dat er sprake is van een overdracht van de patiënt. Dit zijn initiatieven waarbij de huisarts de kennis en expertise van een medisch-specialist kan inroepen op het moment dat hij advies wenst bij een specifieke patiënt, bijvoorbeeld ten aanzien van de diagnose of de behandeling. Een dergelijke consultatiefunctie is ook voorstelbaar binnen de integrale geboortezorg, waarbij een verloskundige een klinisch verloskundige of een gynaecoloog vraagt mee te kijken en te adviseren in de verdere begeleiding zonder dat de begeleiding van de zwangerschap volledig door de gynaecoloog wordt overgenomen of de zwangere

verplaatst wordt naar het ziekenhuis. Vanuit haar verantwoordelijkheid voor de organisatie van de geboortezorg in de regio kan een geboortezorgorganisatie ervoor kiezen een dergelijke consultatiefunctie in te richten. Integrale bekostiging schrijft niet voor hoe de zorg georganiseerd dient te worden, maar creëert juist ruimte voor zorgverleners om de zorg naar eigen inzicht te organiseren. Een dergelijke inrichting van zorg zou daarmee binnen integrale bekostiging kunnen passen. Ook het inzetten van centering pregnancy bij de begeleiding van de zwangere kan een keuze zijn van de geboortezorgorganisatie of de verloskundigenpraktijk waarmee de geboortezorgorganisatie samenwerkt. Een dergelijke verbreding van het zorgaanbod zie ik als een versterking van de kwaliteit van zorg en versterking van de positie van de zwangere. Zie voor de verdere beantwoording ook vraag 19.

27 Biedt de beleidsregel enige voorziening voor verloskundigen die hun praktijk zullen verliezen?

27
De integrale bekostiging van de geboortezorg zal als alternatieve optie bestaan naast de huidige bekostiging. Dat betekent dat verloskundigen de reguliere tarieven kunnen blijven declareren als zij niet aangesloten zijn bij de geboortezorgorganisatie, ook als er eventueel geen contract met de zorgverzekeraar zou zijn. Ik overweeg niet om de huidige bekostiging stop te zetten.

28 Biedt de beleidsregel een voorziening ter compensatie van de goodwill die verloskundigen zullen verliezen, mochten ze in dienst moeten komen van de geboortezorgorganisatie?

28
De NZa kan hier in haar beleidsregels geen voorschriften over opnemen. De betrokken aanbieders zijn zelf verantwoordelijk om te bezien hoe ze een voorgenomen samenwerking organisatorisch willen vormgeven, bijvoorbeeld door onderaannemerschap of indiensttreding, en welke afspraken zij daarover eventueel in overleg met zorgverzekeraars willen maken.

29 Wat is het causale verband tussen het invoeren van de integrale bekostiging en een betere samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen? Welk wetenschappelijk bewijs of aantoonbare aanwijzingen zijn hiervoor?

30 Wat is het causale verband tussen een verlaging van babysterfte en het invoeren van integrale bekostiging? Welk wetenschappelijk bewijs of aantoonbare aanwijzingen zijn hiervoor?

31 In hoeverre is de babysterfte het directe gevolg van de manier waarop de geboortezorg momenteel wordt bekostigd?

29, 30, 31
Er is geen wetenschappelijk bewijs voor een causaal verband tussen sterfte of morbiditeit en bekostiging. Bekostiging volgt het beleid. Met het Stuurgroepadvies is in 2010 gekozen voor integrale zorg. Daarin staat beschreven dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Het is aan de regio's om binnen de kaders van dit advies een model te kiezen wat bij hen en de zwangeren in hun regio past. Integrale bekostiging ondersteunt deze beweging naar

integrale zorg door het weghalen van schotten tussen de huidige drie verschillende bekostigingssystemen.

32 Is het correct dat het knelpunt «dubbele bekostiging eigenlijk niet klopt omdat hier sprake is van twee aparte vormen van daadwerkelijk geleverde zorg?

32
Indien een zwangere tijdens de bevalling wordt overgedragen van verloskundige naar gynaecoloog ontstaat de situatie dat beide partijen de door hen geleverde zorg declareren; de verloskundige voor de verloskundige zorg en gynaecoloog voor de obstetrische zorg. Gegeven de prestatiestructuur van de beide bekostigingssystematieken komt het voor dat er overlap zit in de zorg- en praktijkkosten waarvoor door de zorgverzekeraar wordt betaald. Met de invoering van integrale bekostiging blijft de situatie gelijk dat beide zorgverleners betaalt worden voor de door hen verleende zorg, maar komt eventuele dubbele bekostiging, afhankelijk van de afspraken tussen geboortezorgorganisatie en zorgverlener, te vervallen.

33. Hoe verhoudt het door de NZa geconstateerde knelpunt dat de eigen bijdrage een drempel is voor vrouwen met beperkte financiële mogelijkheden zich tot de mogelijkheid om bij de voorgestelde integrale bekostiging een eigen bijdrage te vragen voor kraamzorg? Waarom wordt deze eigen bijdrage niet afgeschaft/verboden?

33
Een besluit over de eigen bijdrage voor de kraamzorg staat los van de introductie van integrale bekostiging. Voorwaarde voor de invoering van integrale bekostiging is wel dat de eigen bijdrage op een rechtmatige wijze gedeclareerd kan worden. Door op dit moment een aparte prestatie voor kraamzorg te hanteren is dit geen belemmering. Ik ben niet voornemens de eigen bijdrage kraamzorg af te schaffen.

34 De knelpunten zijn geconstateerd door de NZa in 2012, in hoeverre zijn deze knelpunten inmiddels al opgelost of welke stappen zijn al genomen om te komen tot een oplossing? Welke knelpunten zijn er nu nog concreet binnen de huidige bekostigingssystematiek?

34
De huidige gescheiden bekostiging faciliteert de samenwerking en de mogelijkheden tot taakherschikking onvoldoende. Daarnaast is sprake van dubbele bekostiging in de eerste en tweede lijn en kent de bekostiging een perverse prikkel om een zwangere te laat over te dragen aan de 2e lijn of onnodig in de 2^{e} lijn te begeleiden. De invoering van de volwaardige optie zorgt er voor dat voor die regio's die overstappen deze onvolkomenheden/belemmeringen worden weggenomen. De NZa besteedt in haar rapport ook aandacht aan de eigen betaling voor poliklinisch bevallen. De zorgverzekeraars hebben ervoor gepleit deze eigen betaling te laten vervallen. De businesscase die zij hebben opgesteld heb ik u toegestuurd. Op dit moment werkt het Zorginstituut Nederland aan een advies over deze eigen betaling. Ik verwacht dit advies in augustus.

35 Hoeveel bijeenkomsten heeft KPMG belegd om te spreken over integrale bekostiging, wanneer waren deze bijeenkomsten en welke partijen waren bij deze bijeenkomsten aanwezig?

91 Welke betrokken partijen heeft KPMG Plexus gesproken bij de totstandkoming van het advies over integrale bekostiging van geboortezorg?

35, 91
In bijlage 3 van het KPMG advies[7] kunt u zien welke bijeenkomsten KPMG heeft georganiseerd en welke partijen daarbij waren vertegenwoordigd.

36 Welke partijen hebben bij u aangegeven dat zij de uitvoering van het advies van KPMG een te grote stap vonden?

37 Welke partijen hebben zich gecommitteerd tot landelijke invoering van integrale bekostiging op basis van een door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkeld model.

36, 37
Tijdens een bestuurlijk overleg onder leiding van VWS hebben de volgende partijen: branche organisatie kraamzorg, KNOV, LHV, NFU, NPCF, NVK, NVOG, NVZ, NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) overeenstemming bereikt over het door ZN ontwikkelde model van (9) prestaties dat de basis zal vormen voor de invoering van de volwaardige optie van integrale bekostiging.

42 Deelt u de mening dat prenatale voorlichting onderdeel is van de geboortezorg?

42
Nee, indien het louter om prenatale voorlichting gaat, dan vind ik dit een taak van gemeenten. Deze hebben zij ook gekregen in de Wet Publieke Gezondheid. Ik vind preconceptiezorg wel een onderdeel van geboortezorg en hierop bestaat dan ook aanspraak via de Zorgverzekeringswet.

43 Waarom is er in de brief voor gekozen om de 9 prestaties niet apart te beschrijven maar ook geen link toe te voegen naar het model van Zorgverzekeraars Nederland?

43
Er was geen link beschikbaar waarnaar kon worden verwezen. Het ZN model was ook nog niet apart beschreven en kon derhalve niet worden bijgevoegd. Inmiddels heeft ZN u het model op 7 juni 2016 toegestuurd.

44 Hoe wordt de mogelijkheid voor de zwangere om gedurende de zwangerschap te wisselen van verloskundig samenwerkingsverband vormgegeven? Komt een dergelijke wisseling de veiligheid en continuïteit van zorg van de zwangere ten goede?

44
De zwangere heeft en houdt het recht om haar eigen zorgverlener te kiezen. Dat recht houdt ook in dat zij van geboortezorgorganisatie kan veranderen indien zij daartoe aanleiding ziet. Bijvoorbeeld omdat zij naar een andere regio gaat verhuizen of omdat ze ontevreden is. In de zorg zijn overdrachtsmomenten altijd risicovol en dit kan afbreuk doen aan de veiligheid en continuïteit van zorg. Een goede overdracht is derhalve van groot belang om eventuele negatieve gevolgen van een overstap te beperken. Overstappen binnen een geboortezorgorganisatie vereist eveneens overdracht, maar zal waarschijnlijk eenvoudiger kunnen plaatsvinden omdat binnen een geboortezorgorganisatie al een bepaald niveau van samenwerking en afstemming bestaat.

[7] Kamerstuk 32 279, nr. 82

49 Waarom is er met het voorleggen van de voorhang niet gewacht op het advies van het Zorginstituut met betrekking tot de eigen betalingen bij poliklinisch bevallen dat voor 1 augustus 2016 wordt verwacht?

88 Wanneer stuurt de regering de ZN business case over het afschaffen van de eigen betaling voor ziekenhuisbevallingen naar de Kamer? Stuurt de regering deze business case, die zij uiterlijk 1 augustus 2016 verwacht, direct door naar de Kamer?

49, 88
Het advies over de business case met betrekking tot de eigen betaling poliklinisch bevallen staat los van de invoering van de volwaardige optie van integrale bekostiging geboortezorg. Ik zie dan ook geen reden om daarop te wachten. De business case heb ik u op 7 maart 2016[8] aangeboden.

58 Hoe borgt het integrale tarief de zelfstandige positie van de eerstelijns verloskundige binnen de keten van geboortezorg?

58
De verloskundige is een zorgverlener met eigen kennis, competenties en expertise. In de geboortezorg heeft zij een duidelijke en sterke positie. De introductie van integrale bekostiging in de geboortezorg tast deze positie niet aan. De integrale bekostiging stimuleert juist dat zorg daar waar niet noodzakelijk niet wordt verleend door de gynaecoloog, maar zo veel mogelijk door de verloskundige en de kraamverzorgende. Meer zorg verlenen leidt immers niet tot meer inkomsten voor de geboortezorgorganisatie. Zij ontvangt voor de verschillende prestaties een overeengekomen, integraal tarief. Ik verwacht daarmee dat met de introductie van integrale bekostiging de positie van de verloskundige in de Nederlandse geboortezorg verder wordt bestendigd. Door de integrale benadering verdwijnen de schotten tussen de eerste en de tweede lijn zodanig dat die professional zorg levert die op dat moment nodig is. Hierbij is de aard van de benodigde zorg leidend en die bepaalt welke professional die zorg uitvoert.

69 Hoe verhouden de kosten van het voorgenomen medical led care model zich tot de kosten van midwife led continuity of care?

69
Ik ben niet bekend met de verhouding van de kosten van verschillende modellen. Er is in ieder geval geen sprake van een voorgenomen model voor het verlenen van de zorg. Het is aan de regio's zelf om tot invulling te komen van het zorgmodel dat bij hen en bij de zwangeren in hun regio past. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om daarbij oog te hebben voor een doelmatige besteding van de beschikbare middelen.

72 Welke juridische garanties biedt de beleidsregel dat er in elke regio nog thuisbevallingen mogelijk zullen blijven, zonder ontmoedigingsbeleid?

72
In haar regels reguleert de NZa welke zorgaanbieders zorg mogen declareren en op welke manier deze zorg wordt bekostigd. De beleidsregel integrale bekostiging zal daarmee geen juridische garantie bieden voor het plaatsvinden van thuisbevallingen, maar wel de juridische garantie dat thuisbevallingen kunnen worden bekostigd. De prikkel voor geboortezorgorganisaties om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren biedt de garantie dat er in de toekomstige situatie nog steeds thuisbevallingen

[8] Kamerstuk 32 279, nr. 82

kunnen plaatsvinden. Thuisbevallingen zijn immers goedkoper dan bevallingen in een klinische setting. De keuzevrijheid voor de zwangere blijft hiermee gegarandeerd met daarbij natuurlijk wel de professionele afweging van de geboortezorgorganisatie in afstemming met de zwangere of een thuisbevalling veilig en mogelijk is.

73 Welke garanties biedt de beleidsregel dat zwangeren geen last zullen krijgen van onderlinge verrekening tussen geboortezorgorganisaties, zodat er geen ontmoedigingsbeleid ontstaat om van zorgverlener te wisselen, dan wel om niet geweigerd te worden bij een geboortezorgorganisatie omdat het budget al elders is geparkeerd?

73
De regels van de NZa met daarin de voorgestelde prestatiestructuur voor integrale geboortezorg in combinatie met declaratievoorschriften zijn zo vormgegeven dat (onderling) kan worden verrekend tussen geboortezorgorganisaties of met zelfstandig opererende zorgaanbieders indien een zwangere overstapt. De keuzevrijheid van de zwangere staat hierbij voorop. Die ondervindt zelf geen hinder van mogelijke verrekeningen mits het verzekerde zorg betreft. Het is aan zorgverzekeraars om de toegang tot geboortezorg te garanderen. De NZa houdt hier toezicht op.

77 Kan per verschillende prestatie binnen het integrale geboortetarief worden aangegeven waar deze prestatie begint, eindigt en wat de rol en mate van samenwerking is tussen verloskundigen en gynaecologen binnen de prestaties?

77
De nieuwe prestatiestructuur voor integrale geboortezorg betreft alleen verzekerde zorg. In mijn brief aan uw Kamer heb ik een globale afbakening geschetst van de integrale bekostiging en de losse prestaties benoemd. De verdere afbakening van de verschillende prestaties is onderdeel van de taken en bevoegdheden van de NZa. Deze laat ik dan ook over aan de NZa. De NZa is hierover in gesprek met betrokken partijen om te waarborgen dat de afbakening tot een uitvoerbare beleidsregel leidt.

81 Op welke wijze kan de beoogde optie om als verloskundig samenwerkingsverband te kiezen voor een volwaardig integraal tarief bijdragen aan vervolgstappen van goede regionale samenwerkingsverbanden? Kunt u aangeven of, en zo ja welke, goed functionerende regionale samenwerkingsverbanden niet kunnen kiezen voor het beoogde volwaardige integraal tarief omdat hun bekostigingssystematiek en/of juridische vorm zich hier niet voor leent?

81
De mogelijkheid om integrale geboortezorg prestaties te declareren hangt niet af van de mate van samenwerking, maar van de voorwaarden die de NZa regels stellen aan de declarerende partij en de afspraak tussen aanbieder en verzekeraar. Een goed functionerend regionaal samenwerkingverband is een belangrijke, eerste stap naar integrale bekostiging in de regio. De NZa heeft als taak de geboortezorg zodanig te reguleren dat de prikkels in het systeem zo veel als mogelijk in lijn liggen met het belang van de zwangere vrouw en haar (ongeboren) baby. De NZa werkt momenteel aan beleidsregels en zal beschrijven hoe integrale geboortezorg mag worden geleverd gegeven de bestaande juridische kaders. Geboortezorgorganisaties zullen aan de hand daarvan een passende vorm moeten kiezen.

84 Welke mogelijke prikkels ten aanzien van individuele financiële inkomsten, zeggenschap, organisatie en status hebben verloskundigen in de praktijk met de huidige bekostiging en hoe veranderen deze prikkels als wordt overgegaan op het integrale tarief? Hoe liggen deze prikkels voor gynaecologen en hoe veranderen deze prikkels als wordt overgegaan op het integrale tarief?

84
De huidige bekostiging faciliteert samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen onvoldoende; het bestaan van schotten tussen de eerste en tweede lijn leidt tot financiële prikkels in het belang van de eigen discipline. Deze prikkels zullen verdwijnen bij integrale geboortezorg aangezien het onderscheid tussen eerste en tweede lijn en de bijbehorende verschillen in bekostigingssystematiek niet meer aan de orde zijn.

90 Blijft de NZa module «integrale geboortezorg» beschikbaar voor de verloskundige samenwerkingsverbanden die daar nog gebruik van willen maken?

90
Ik ben niet voornemens om de betreffende beleidsregel op dit punt aan te passen. Daarmee blijft de module beschikbaar.

94 De dubbele bekostiging van de kraamzorg is toch al opgelost? Welke knelpunten zijn er nu nog concreet binnen de huidige bekostigingssystematiek?

94
Integrale bekostiging van geboortezorg beoogt het bevorderen van multidisciplinaire geboortezorg en de samenwerking om dit te bewerkstelligen.

99 Biedt het huidige model van negen beroeps- en lijnoverstijgende prestaties voldoende ruimte voor innovatie en nieuwe vormen van samenwerking? Kunt u uw antwoord toelichten?

99
Integrale bekostiging biedt alle ruimte voor innovatie en nieuwe vormen van samenwerking. De prestaties worden afgebakend rondom de periode van de zwangerschap en de zorgvraagzwaarte van de zwangere. Het betreft dus geen zorgspecifieke handelingen. Dit biedt de geboortezorgorganisatie de ruimte om de zorg naar eigen inzicht in te richten. Daarnaast kennen deze prestaties een vrij tarief, waardoor er ruimte bestaat voor aanbieder en verzekeraar om met elkaar in gesprek te gaan over tarieven en de ruimte voor innovatie. Ook op het gebied van samenwerking biedt integrale bekostiging ruimte voor innovatie. Zie hiervoor ook de beantwoording van vraag 2.

100 In hoeverre is het voor gynaecologen mogelijk om meerdere samenwerkingsverbanden aan te gaan met verloskundigen, kraamzorgorganisaties en huisartsen in dezelfde regio en daardoor deelnemer te zijn in meerdere ketens? Staat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) dergelijke samenwerkingsverbanden per regio toe?

100
Een gynaecoloog mag meerdere samenwerkingsverbanden aangaan met verloskundigen, kraamzorgorganisaties en huisartsen in dezelfde regio. Het is aan partijen om de samenwerkingsverbanden, binnen de wettelijke kaders, op zo'n manier vorm te geven dat het past bij de situatie in hun regio. Wat in de ene regio werkt, kan ergens anders minder goed werken.

Daarbij mogen zorgaanbieders met meerdere zorgaanbieders samenwerken. De Mededingingswet verbiedt dergelijke samenwerkingsverbanden in beginsel niet. Het is binnen een samenwerkingsverband, afhankelijk van de constructie, op grond van de mededingingsregels echter niet toegestaan om bijvoorbeeld concurrentiegevoelige informatie uit te wisselen, patiënten te verdelen of om anderen uit de markt te drukken. Het is in eerste instantie aan de deelnemers van het samenwerkingsverband om te beoordelen of de samenwerking voldoet aan de Mededingingswet. Bij twijfel kan altijd de ACM worden geraadpleegd.

102 In hoeverre wijkt het door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkelde model af van het advies van KPMG Plexus met twee prestaties met vrij onderhandelbare tarieven?

102
Het belangrijkste uitgangspunt bij zowel het advies van KPMG als bij het door ZN ontwikkelde model is geweest om te komen tot prestaties waarbij de zorg multidisciplinair kan worden verleend; dus geen disciplinespecifieke prestaties te ontwikkelen. Bij de «complexe» prestaties en de prestatie «kraamzorg» is onmiskenbaar welke zorgverlener aan zet is bij het verlenen van de zorg. Voor de overige prestaties wordt dit uitgangspunt zowel in het door KPMG als in het door ZN ontwikkelde model bereikt. Begin 2016 heeft KPMG een advies opgeleverd waarin zij voorstelt om te kiezen voor twee prestaties bij de introductie van integrale bekostiging: zwangerschap tot 16 weken en zwangerschap na 16 weken. Over dit advies is uitgebreid met partijen gesproken. Hierbij kwamen wij met elkaar tot de conclusie dat een dergelijke structuur conceptueel goed in elkaar zit, maar voor dit moment een te grote stap voor de praktijk zou beteken om toe over te gaan. Als voorbeeld: het KPMG-voorstel zou leiden tot substantiële onderlinge verrekening, omdat een zwangere in de prenatale fase regelmatig van zorgverlener wisselt, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing. Gepaard met de complexiteiten van onderlinge verrekening zou ook de keuzevrijheid van de patiënt in het geding kunnen komen. Daarnaast zou een enkele prestatie voor natale zorg ertoe kunnen leiden dat geboortezorgorganisaties overgaan tot risicoselectie. Om dit te voorkomen is gekozen voor een onderscheid in reguliere en complexe prestaties. Als laatste is het voor een rechtmatige declaratie van de eigen bijdrage voor kraamzorg noodzakelijk dat het aantal uren geleverde kraamzorg inzichtelijk is. Daarom is gekozen om deze op te nemen als aparte prestatie. Op termijn zou de registratie van deze uren verwerkt kunnen worden in een nieuwe declaratiestandaard, waarmee dit niet langer als aparte prestatie gereguleerd hoeft te blijven. Gegeven deze overwegingen zijn wij gezamenlijk tot het huidige voorstel gekomen.

105 Is het Zorginstituut Nederland nog steeds voornemens om de zorgstandaard voor 1 juli 2016 vast te stellen?

105.
Desgevraagd geeft het Zorginstituut aan dat dit nog steeds het plan is.

106 U stelt dat het gaat om verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet verzekerde prestaties zijn uitgesloten en blijven apart declarabel. Welke prestaties zijn dit dan?

106
Er zijn enkele prestaties op het gebied van geboortezorg die niet binnen het verzekerd pakket vallen. Dit betreft bijvoorbeeld echo's voor de zevende week van de zwangerschap, pretecho's en de combinatietest zonder medische indicatie. Ook buiten het pakket valt de prenatale

voorlichting die via de Wet Publieke Gezondheid als taak bij gemeenten is neergelegd.

3. Regio's

6 Waarom heeft u geen gebruik gemaakt van het aanbod en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in haar brief van 17 maart 2016 voor het laten verrichten van een uitvoeringstoets?

50 Vindt er een uitvoeringstoets van de NZa plaats? Zo nee, waarom niet?

6, 50
Doordat een integrale geboortezorgorganisatie bestaat uit zowel eerstelijns als tweedelijns professionals zal het aantal prestaties lager liggen dan nu het geval is in de huidige bekostiging voor de eerste lijn en tweede lijn tezamen. Echter om keuzevrijheid voor de zwangere optimaal te houden moet er een mogelijkheid zijn om ook de huidige prestaties in rekening te brengen. Dit betekent enige inspanning om dit mogelijk te maken in het administratiesysteem van de geboortezorgorganisatie. De negen prestaties op zichzelf vergen geen extra administratieve lasten.

96 Wat betekent de keuze voor negen verschillende prestaties binnen het integrale geboortetarief voor de administratieve lasten voor de betrokken zorgverleners?

8 Welke knelpunten moeten er worden opgelost voordat integrale bekostiging kan worden ingevoerd, en hoe wordt hier zorg voor gedragen? Hoeveel openstaande punten zijn er op de implementatie-agenda? Op welke wijze wordt zekerheid gegeven over alle openstaande vragen van het veld?

38 Welke regio's zijn gereed voor de transitie naar integrale bekostiging? Betekent dit ook dat ze die stap willen maken?

51 Hoeveel openstaande punten zijn er op de implementatie-agenda?

103 Kan worden aangegeven hoeveel regio's vrijwillig, per 2017 de stap naar integrale bekostiging gaan maken? Zijn dit alleen de regio's die nu ook gebruik maken van module integrale geboortezorg?

8, 38, 51, 103
De implementatieagenda is een dynamisch document. Activiteiten die zijn opgepakt en afgerond, worden van deze agenda afgevoerd. Knelpunten die gaandeweg boven tafel komen worden eraan toegevoegd. De meest prominente zaken op deze agenda zijn op dit moment: duidelijkheid over de prestatiestructuur van integrale bekostiging, het creëren van de mogelijkheid tot het declareren van de prestaties via integrale tarieven, de zogenaamde declaratiestandaard en het inzichtelijk maken van de fiscale consequenties van de verschillende organisatiemodellen. Daarnaast zijn er nog vele andere punten, die zowel door het CPZ, door partijen of door VWS worden opgepakt. Ik begrijp van het CPZ dat er zo'n tien geboorte-zorgorganisaties zijn die de overstap naar integrale bekostiging per 1 januari 2017 willen maken. Dit zijn in de regel regio's die ook gebruik maken van de NZa module integrale zorg. Hun overstap per 1 januari 2017 hangt in de meeste gevallen nog sterk af van de mate waarin openstaande vragen zijn beantwoord, randvoorwaarden zijn vervuld en eventuele knelpunten zijn opgelost. Het is dan ook mijn hoogste prioriteit om hen hierin te laten ondersteunen door de taskforce van het CPZ. Dit begint met het zo snel mogelijk bieden van duidelijkheid over de komst van integrale bekostiging als volwaardige vrijwillige optie per 1 januari 2017.

15 Wat zijn de extra overheadkosten die door de oprichting van nieuwe integrale geboortezorgorganisaties, met de nieuwe op te zetten infrastructuur, gaan ontstaan? Wie gaan deze extra overheadkosten betalen? Hoe hoog zijn de transitiekosten die met de overgang naar integrale bekostiging zijn gepaard? Wie gaan de transitiekosten betalen?

61 Hoe hoog zijn de transitiekosten die met de overgang naar integrale bekostiging zijn gepaard en wie gaan de transitiekosten betalen?

15, 61
Alle geboortezorgorganisaties zullen kosten maken om tot oprichting en inrichting van de geboortezorgorganisatie te komen. Mede hiervoor heb ik de NZa verzocht per 1 januari 2015 de module integrale geboortezorg in de beleidsregel verloskunde op te nemen. De kosten van de governancestructuur die vervolgens ontstaat zal ook verschillen per regio. Deze worden gedekt vanuit de tarieven van integrale bekostiging. Voor de prestaties van integrale bekostiging gelden immers vrije tarieven. Ik ga hier geen aparte prestatie voor regelen.

24 Waarom koos ruim meer dan de helft van de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) ervoor niet mee te doen aan de NZa-module?

93 U stelt dat Inmiddels circa 25 regio's van de module integrale geboortezorg gebruikt, daarbij zijn circa 30 (van de 80) verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) betrokken. Kan worden toegelicht waarom de overige 50 samenwerkingsverbanden hier geen gebruik van maken en welke argumenten zij hiervoor hanteren?

24, 93
Ik kan voor individuele verloskundig samenwerkingsverbanden niet zeggen waarom zij geen gebruik hebben gemaakt van de module integrale geboortezorg. Ik begrijp wel van verzekeraars dat de regio's die gebruik maken van deze module over het algemeen voorlopers zijn op het gebied van samenwerking en de verlening van integrale zorg. Daarnaast begrijp ik van zorgverzekeraars dat zij in gesprek zijn met meer VSV's over de module integrale zorg.

25 Hebben zorgverzekeraars toegezegd beide vormen van financiering (de huidige en de integrale bekostiging) naast elkaar te zullen vergoeden?

25
Zorgverzekeraars zijn betrokken geweest bij het bestuurlijke overleg dat met partijen is gevoerd. Daar hebben zij aangegeven deze vormen van bekostiging naast elkaar te hanteren. Zij hebben echter ook de wens geuit om deze situatie niet langer dan noodzakelijk aan te houden.

26 Kan worden gegarandeerd dat indien de integrale bekostiging zoals in de voorliggende brief wordt voorgesteld wordt ingevoerd dat regio's die daartoe niet over willen gaan hier niet toe worden gedwongen? Ook niet door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars? Als er geen garanties zijn, hoe wilt u omgaan met verloskundigen die niet langer hun praktijk zullen kunnen voeren als de verzekeraar geen contract meer met ze wil sluiten en ze worden geweigerd bij de geboortezorg organisaties?

52 Welke transitieperiode heeft u voor ogen voordat de huidige vorm van bekostiging in zijn geheel wordt afgeschaft?

95 In hoeverre is de regering voornemens om alsnog een uiterlijke datum te stellen voor brede invoering van het integrale geboortetarief als blijkt dat verloskundige samenwerkingsverbanden die daar al vrijwillig gebruik van maken positieve ervaringen hebben?

98 In 2017 zal de bestaande bekostiging in stand worden gehouden voor diegenen die daarvoor kiezen. Kunt u aangeven wanneer volledig wordt overgestapt naar integrale bekostiging voor geboortezorg? Houdt u vast aan het advies van KPMG Plexus om dit per 2018 te realiseren? Zo nee, op basis van welke voorwaarden besluit u om over te gaan op landelijke invoering? Op welke wijze worden de ervaringen in het overgangsjaar 2017 meegenomen in het besluit om definitief over te gaan tot volwaardige integrale bekostiging voor geboortezorg?

26, 52, 95, 98
Ik heb geen voornemen om de bestaande, sectorspecifieke bekostiging af te schaffen. Met integrale bekostiging faciliteer ik die regio's die daarin belemmeringen ervaren, maar de regio's en zorgaanbieders die hier geen gebruik van willen maken behouden de huidige bekostiging. De garantie die verloskundigen hebben is dat de huidige prestaties verloskundige zorg blijven bestaan en ook gedeclareerd kunnen worden zonder dat er een contract is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Verloskundigen zijn in die zin niet afhankelijk van de zorgverzekeraar om zorg aan zwangeren te kunnen leveren.

40 Welke VSV regio's willen geen integrale bekostiging?

40
Ik ben niet op de hoogte van de regio's die geen integrale bekostiging willen. Omdat er straks twee bekostigingssystematieken naast elkaar bestaan, kunnen regio's zelf bepalen of ze deze overstap willen maken.

41 Waaruit blijkt dat de regio's die de module integrale bekostiging van de NZa inzetten dit doen om zich voor te bereiden op de integrale bekostiging?

41
Van verzekeraars heb ik begrepen dat dit vaak één van de doelen is die wordt geformuleerd in de inkoopafspraken rondom de module. Er zijn ook gevallen waarin dit geen onderdeel is van de afspraken, maar de inzet van de module is gekoppeld aan de bekostiging van innovatie.

46 Heeft Perined de expertise in huis om de taak die u voor hen ziet weggelegd uit te voeren?

46
De expertise van Perined als het gaat om de in de geboortezorg gehanteerde systemen is relevant om in te brengen bij de vorming van geboortezorgorganisaties. Daarnaast heeft Perined vanuit de perinatale audit veel kennis en ervaring over de regionale samenwerking en wordt er eveneens gewerkt via een regionale structuur. Perined biedt verloskundige samenwerkingsverbanden de mogelijk om de eigen praktijk te spiegelen aan het landelijk beeld via Perined-Insight. Dit is uiteraard uitermate relevant voor de geboortezorgorganisaties.

80 Met welke frequentie zal het gezamenlijk overleg tussen verloskundigen en gynaecologen plaatsvinden binnen het College perinatale zorg? Waarom is voor deze frequentie gekozen?

80

Het CPZ bestuur zal op korte termijn samen met alle deelnemers van het Branche Overleg Geboortezorg (KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Brancheorganisatie Kraamzorg, ZN en de NPCF) een nieuwe invulling geven aan het doel en de vorm van dit overleg. Het CPZ bestuur heeft de deelnemers van het brancheoverleg hiertoe uitgenodigd.

47 Hoe ziet het «herijken» van de organisatie van het CPZ er uit? Wie gaat dit doen en wanneer?

47
Tijdens het overleg met mij hebben partijen afgesproken de organisatie van het gezamenlijke overleg in het CPZ te herijken. Het CPZ bestuur zal op korte termijn samen met alle deelnemers van het Branche Overleg Geboortezorg (KNOV, NVOG, NVK, NVZ, Brancheorganisatie Kraamzorg, ZN en de NPCF) een nieuwe invulling geven aan het doel en de vorm van dit overleg. Het CPZ bestuur heeft de deelnemers van het brancheoverleg hiertoe uitgenodigd.

48 Hoe, door wie en wanneer wordt deze hernieuwde gezamenlijke agenda opgesteld om de geboortezorg in Nederland verder te verbeteren? Gaat u dit monitoren en zo ja, hoe? Wat betekent dit voor het stuurgroep advies, komt dat te vervallen? Waarom denkt u waarom dit nu wel gaat lukken?

48
Voor een optimale voortgang is het zaak de balans van het Stuurgroep-advies op te maken. Welke doelstellingen zijn gerealiseerd; welke nog niet; zijn de data en uitgangspunten nog actueel of behoeven deze bijstelling? Het CPZ bestuur zal deze opdracht tot actualisatie vormgeven in nauw overleg met de deelnemers van het brancheoverleg. Het CPZ bestuur heeft hiertoe de deelnemers van het brancheoverleg op korte termijn uitgenodigd.

85 Hoe ziet het «herijken» van de organisatie van het CPZ er uit? Wie gaat dit doen en wanneer?

85
In het gesprek bij mij aan tafel hebben partijen afgesproken in te zetten op herstel van het onderling vertrouwen onder andere door de organisatie van het gezamenlijke overleg in het CPZ te herijken. Ik kan niet vooruit lopen op de uitkomsten van dit overleg.

45 Is het CPZ/Perined-plan gereed? Zo ja, kunt u dit plan naar de Kamer sturen? Zo nee, wanneer is dit plan wel gereed?

104 Wanneer komen de producten en diensten voor de verloskundige samenwerkingsverbanden beschikbaar die ondersteunen bij het implementeren van het integrale tarief? Welke producten en diensten worden er ontwikkeld?

45, 104
De eerste producten en diensten staan al ter beschikking voor de verloskundig samenwerkingsverbanden. Er is onderscheid gemaakt tussen specifieke ondersteuning voor de verloskundig samenwerkingsverbanden die per 1 januari 2017 over willen naar de integrale prestatie geboortezorg (maatwerk) en overwegend generieke ondersteuning voor de overige verloskundige samenwerkingsverbanden. De maatwerk ondersteuning wordt nu al geleverd aan de verloskundige samenwerkingsverbanden die reeds hebben aangegeven per 1 januari a.s. over te willen. Dit aantal groeit nog, en verloskundige samenwerkingsverbanden

die dit willen kunnen zich nog altijd aanmelden voor specifieke ondersteuning. In nauw onderling overleg wordt gekeken naar de benodigde ondersteuning en de wijze waarop vorm kan worden gegeven aan de ondersteuning. Dit betreft ondersteuning bij het maken van concrete planningen, het opstellen van rekenmodellen, begrotingen en bedrijfsplannen, inzicht in consequenties van keuzes, opstarten van pilots en oplossen van vraagstukken (zorginhoudelijk, kwaliteitsmonitoring, inrichten van het cliëntperspectief, governance en verantwoordelijkheden, fiscaal, juridisch, mededinging, risicobeperking, ICT en EPD, etc.), alsmede het faciliteren van de uitwisseling van gegevens, modellen en informatie met andere verloskundige samenwerkingsverbanden.
Voor alle overige verloskundige samenwerkingsverbanden (die niet per 1 januari a.s. over gaan) wordt gewerkt aan generieke producten en diensten. Deze producten en diensten sluiten vanzelfsprekend naadloos aan en vloeien voort uit de specifieke ondersteuning zoals hiervoor genoemd. Deze producten en diensten zullen zo veel mogelijk geschikt zijn om door de verloskundige samenwerkingsverbanden zelf (of met beperkte ondersteuning van adviseurs en experts) toe te passen. De eerste producten en diensten worden in juli 2016 verwacht.

96
Wat betekent de keuze voor negen verschillende prestaties binnen het integrale geboortetarief voor de administratieve lasten voor de betrokken zorgverleners?

96
Het terugbrengen van de huidige circa 80 prestaties naar 9 prestaties leidt tot een vermindering van de administratieve lasten. Overigens verwacht ik dat de overgang naar de nieuwe situatie tijdelijk tot een toename van administratieve lasten zal leiden.